

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 19.

DE LA
MALADIE KYSTIQUE DU SEIN

Symptomatologie,
Evolution clinique
et Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard DUFFAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1913

DE LA MALADIE KYSTIQUE DU SEIN
SYMPTOMATOLOGIE, ÉVOLUTION CLINIQUE ET TRAITEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 19.

DE LA

MALADIE KYSTIQUE DU SEIN

Symptomatologie,

Evolution clinique

et Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Edouard DUFFAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		X...
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		COURMONT (P.).
Pharmacologie.....		MARTIN (Et.).
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARGET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle.....	X...	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (Lucien).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, *Président*; THÉVENOT Léon, *Assesseur*;
MM. TAVERNIER et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Ils ont toujours cherché à me
rendre heureux. Je leur dédie ce
travail comme un modeste gage de
mon infinie reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Nous avions suivi pendant trois ans son enseignement magistral ; il nous avait conquis de suite par sa science d'abord, par sa simplicité ensuite. Aujourd'hui, il devait nous faire le très grand honneur de présider notre thèse ; le sort injuste en a décidé autrement. Nous garderons à jamais dans notre cœur le souvenir d'un Maître inlassable de travail et de dévouement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON.

Professeur de clinique gynécologique à l'Université de Lyon

Qu'il soit assuré de notre profonde et respectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ CHALIER

Chef de clinique chirurgicale

A qui nous devons l'idée de ce travail. Nous le remercions vivement pour tous les bons conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

A MON AMI LE DOCTEUR GASTON COUDRAY

Trois années communes d'Ecole nous ont permis de l'apprécier ; nous souhaitons le rencontrer plus tard le plus souvent possible.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

La maladie kystique du sein, longtemps ignorée et méconnue, a conquis nettement depuis quelques années son individualité parmi les tumeurs bénignes du sein. Après la description si nette et si précise qu'en donna Reclus, après les nombreuses publications dont elle a été un peu partout le sujet, il semble que tout ait été dit là-dessus.

En effet, au point de vue histologique, tout le monde est à peu près d'accord pour la séparer définitivement des affections inflammatoires et la ranger au niveau des tumeurs bénignes. C'est pourquoi nous n'avons pas insisté là-dessus, mais nous avons cru intéressant d'attirer spécialement l'attention du clinicien sur sa symptomatologie et sur son évolution.

Sa symptomatologie n'est pas toujours aussi simple et aussi claire que le décrivent nos classiques ; nous avons été en présence de quelques formes cli-

niques spéciales que nous sommes heureux de pouvoir signaler.

Son évolution nous a intéressé tout particulièrement, car, c'est après tout le point le plus important et, parmi les cas assez nombreux que nous avons eu sous nos yeux, nous avons pu nous rendre compte de la fréquence de la dégénérescence maligne de la maladie kystique. Nous sommes en désaccord sur ce point avec Reclus, si autorisé pourtant quand on parle de maladie kystique, mais nos observations ont été, là-dessus, péremptoires.

De l'évolution nous avons été amenés à étudier le traitement qui n'en est que la conséquence, et nous avons penché naturellement vers l'intervention ; nous avons suivi nos malades pour étudier les résultats éloignés et surtout pour voir s'ils étaient à l'abri d'une récurrence cancéreuse.

Au début de ce travail, nous sommes heureux de pouvoir apporter notre tribut de remerciements à tous ceux qui nous témoignèrent quelque intérêt pendant la durée de nos études médicales.

Notre reconnaissance va tout d'abord à MM. les médecins-majors de Gauléjac et Fourcade, qui nous firent faire les premiers pas dans la médecine militaire.

Elle va ensuite à tous ceux qui furent nos maîtres à l'Ecole du Service de Santé militaire, nous devrions les nommer tous, mais ils se reconnaîtront dans ces quelques lignes, faible gage de reconnaissance pour toute la patience et toute la bienveillance qu'ils ont montrées à notre égard.

HISTORIQUE

C'est dans un article de la *Revue de Chirurgie de 1883*, dû à M. le Professeur Reclus, que l'on vit apparaître une nouvelle entité morbide parmi les tumeurs du sein. Reclus la dénomma lui-même « maladie kystique de la mamelle, » et, dans son observation, il donnait déjà les symptômes cliniques qui devaient l'isoler et constituer son individualité. « Il s'agissait d'une dame de 35 ans qui, en 1878, venait le consulter pour une tumeur que l'on trouvait au sein gauche vers la partie inférieure et interne ; elle était du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, très dure et difficilement isolable du tissu glandulaire environnant. Au pourtour de cette grosseur principale, un examen attentif permettait de sentir de petites nodosités qui rappelaient les lobules mammaires injectés de matière solide.

Ces nodules se rencontraient un peu partout dans la glande, mais en plus grande abondance vers le centre, qui semblait criblé de grains de plomb. La

pression ne réveillait pas la douleur, à peine survenait-il de temps en temps un élançement rapide. Il n'y avait pas d'écoulement séreux ou sanguin par le mamelon. La peau était normale et souple, et la mamelle glissait facilement dans sa mince enveloppe de graisse. Les ganglions de l'aisselle étaient sains. »

Mais avant Reclus, la maladie kystique sans arriver à avoir son individualité avait été pressentie. Astley Cooper, le premier, fit faire un grand pas à la chirurgie du sein quand il isola les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Et il avait annoncé en quelque sorte la maladie kystique quand il décrit « l'hydatide celluleuse » ; le tableau clinique de celle-ci semblerait superposable à celui de la première, s'il n'ajoutait ensuite : « Les deux mamelles ne sont jamais affectées en même temps », « les veines superficielles deviennent variqueuses », « la partie où la fluctuation est la plus évidente s'enflamme, s'ulcère et est le siège d'un écoulement. » A ces caractères, Astley Cooper en ajoute quelques autres qui l'éloignent de la maladie kystique du sein.

Velpeau dans la vaste nosographie (*Traité des maladies du sein*, Paris 1854), a cherché à démontrer que, presque à la même époque où A. Cooper faisait ses recherches, son attention était attirée également sur cette question. C'est sous le nom de — kystes séreux — qu'il résume ses idées, et à ce sujet, il cite quatre observations se rattachant probablement à des cas de maladie kystique.

Nélaton, A. Bérard dans leurs thèses d'agrégation

reproduisent le syndrome décrit soit par A. Cooper, soit par Velpeau.

Lebert, en Angleterre, vers 1860, fit paraître une publication dans les *Bulletins de la Société anatomique* où il parle de ses recherches sur les tumeurs bénignes du sein. Il isole une affection « dans laquelle on trouve à la palpation une série de grossseurs correspondant à une augmentation de volume de la plupart des cul-de-sac glandulaires dans lesquels l'épithélium nucléaire a donné naissance à un épithélium pavimenteux. »

Roca, dans son *Traité des tumeurs* et dans son *Dictionnaire encyclopédique*, parle de certaines tumeurs hypertrophiques multiples des deux seins, mais il groupe tout sous le nom d'adénomes.

Holmes, dans *System of Surgery*, nous parle de kystes, tantôt multiples, tantôt uniques, et qui parfois peuvent envahir les deux seins. Les plus petits existent à la périphérie de la glande, les plus volumineux au centre et près du mamelon. Les premiers sont durs, les seconds fluctuants ; ils sont dus à la distension des canaux galactophores.

L'évacuation du liquide et l'injection iodée suffisent pour en débarrasser le malade ; mais lorsque les kystes sont très nombreux, l'extirpation de la glande est indiquée.

En Angleterre, après Holmes, les chirurgiens Paget et Birkett, — en Allemagne, Müller, Virchow, Billroth s'occupèrent de la question tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, mais aucun d'eux ne découvrit les caractères principaux qui,

après Reclus, ont donné à la maladie kystique du sein son individualité.

D'ailleurs, Verneuil le vit si bien qu'il proposa immédiatement d'appeler la maladie kystique du sein « maladie de Reclus. »

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie.

D'après la description qu'il en donna en 1883, Reclus signala les principaux caractères qui devaient naturaliser, pour ainsi dire, la maladie kystique du sein.

1° *Multiplicité des kystes.* — Comme le nom l'indique, la maladie kystique se signale par la présence de plusieurs petites tumeurs éparses dans le parenchyme. Ces kystes sont généralement très nombreux ; quelques-uns, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'autres, plus petits, de la grosseur d'un petit pois, d'autres, plus petits encore, dont le caractère est bien personnifié par Reclus, qui les compare à des grains de plomb, et, en effet, c'est nettement la sensation que l'on a lorsqu'on palpe la mamelle. Un écueil à éviter dans la recherche des kystes, c'est de prendre le sein à pleine main ; de cette

façon, en effet, on a la sensation de plusieurs gros-seurs inégales, résistantes, sensation trompeuse, car elle répond aux lobules adipeux que la main rassemble, sensation qui disparaît bien vite, si comme on doit le faire, on palpe la glande mammaire sur le plan résistant qui est constitué par la paroi thoracique.

A ce moment, on ne sent plus que les kystes qui se présentent comme de petites tumeurs roulant sous le doigt, mobiles dans le reste de la glande, indépendantes entre elles, et surtout ne contractant aucune adhérence avec les tissus voisins. Ces kystes nous donneront-ils de la fluctuation comme on en trouve dans certains autres kystes pathologiques ?

Reclus, qui examinait la glande avec le parti-pris d'y découvrir des kystes, répond qu'il n'a jamais éprouvé cette sensation de résistance, cette élasticité particulière, ce soulèvement, cette transmission de pression qui révèlent les collections liquides.

La trame serrée du tissu qui enveloppe les cavités, la grande distension de la paroi sont, sans doute, la cause de la dureté qui caractérise les grands et les petits kystes. Tous les cliniciens, du reste, insistent sur la résistance particulière de ces tumeurs ; au début, Broca, Verneuil, Terrier avouent qu'ils prirent souvent ces kystes pour de véritables tumeurs solides. Nélaton raconte qu'on possède « plusieurs observations de kystes du sein pris pour des tumeurs squirrheuses ou fibreuses et dont on n'a reconnu la nature qu'au cours de l'opération. »

2° *Diffusion des kystes.* — Leur situation dans la

glande ne répond à aucune règle. Les kystes sont irrégulièrement distribués dans toute l'épaisseur ; on peut en trouver aussi bien dans les parties superficielles, tout contre la peau de la région pectorale, que dans les parties profondes, contre la paroi de la cage thoracique.

Autour d'un kyste plus gros, on verra quelquefois des kystes réduits de moitié, de véritables satellites, tandis que tout le reste de la glande sera indemne.

Quelquefois, au contraire, la glande nous présentera un véritable semis de granulations noueuses ; c'est alors qu'il sera important de palper la glande contre la paroi thoracique pour établir nettement le diagnostic avec les lobules adipeux ; et encore cliniquement verrons-nous souvent plusieurs granulations échapper à notre investigation, à cause de l'épaisseur du parenchyme qui masque la dilatation kystique des acini.

Pour en revenir à la comparaison imagée de Reclus, la glande nous donne bien la sensation d'un tissu criblé de grains de plomb, mais de grains de plomb qui auraient atteint le malade et qui auraient été se loger dans les différentes régions de la glande mammaire. Quant à l'aspect de ces kystes, il est subordonné à la physiologie de la glande mammaire ; quand le sein est vierge, ils offrent une substance dure, nacréée, fibreuse ; quand le sein est en période de lactation, ils offrent « une substance grenue, grisâtre et lobulée » ; enfin, quand le sein est flétri, ils offrent une substance fibro-graisseuse.

3° *Bilatéralité des kystes.* — C'est un des premiers

symptômes à chercher dans la maladie kystique. Reclus le remarqua dans ses premières observations et le trouva dès lors à peu près constant. En effet, les relations lymphatiques entre les deux glandes étant très étroites, il est vraisemblable que leurs réactions pathologiques doivent être syergiques.

Dans la maladie kystique, les deux mamelles sont atteintes ; quand on a découvert plusieurs kystes dans l'une des glandes mammaires, l'exploration de l'autre nous révèle à peu près les mêmes lésions. Les deux glandes sont-elles atteintes également et simultanément ? Non, généralement l'affection débute par l'un des seins indistinctement, puis, après un stade de développement local, on voit apparaître dans l'autre glande les mêmes lésions.

La marche de l'affection est facile à suivre, et son développement nécessite quelquefois des mois et des années. Au moment de sa période d'état, le sein où l'affection a débuté nous offre généralement des lésions plus considérables que celles de l'autre sein. On trouvera dans le premier des kystes d'une autre grosseur et en plus grande abondance que dans le deuxième, ce qui fait qu'on pourra souvent, d'après la morphologie, déterminer quel est le sein qui fut frappé le premier.

Après ces symptômes principaux qui constituent pour ainsi dire le trépied clinique de la maladie kystique du sein, on peut trouver encore des symptômes secondaires.

4° *Douleurs*. — Pendant longtemps on a considéré la douleur comme un symptôme spécial aux tumeurs

malignes ; la douleur irradiée dans l'aisselle et le bras fait partie de la symptomatologie du cancer du sein. Sans être constante, la douleur peut se trouver parmi les symptômes de la maladie kystique et c'est souvent elle qui aura attiré l'attention du malade du côté de sa lésion, comme nous l'avons vu dans quelques cas. Ce sont des douleurs à forme particulière, douleurs lancinantes siégeant souvent autour du mamelon ; très irrégulières quant à leur durée et au moment de leur apparition, elles se reproduisent surtout à l'occasion de la fatigue ou des efforts ; dans deux ou trois cas que nous avons examinés, elles se faisaient sentir régulièrement pendant la menstruation, et chez l'une de ces malades, elles disparurent au moment de la ménopause.

5° *Ganglions*. — La maladie kystique ne présente généralement pas de ganglions ; Reclus en signala cependant la présence chez une des premières malades qu'il présenta. « On distingue, dit-il, quelques petits ganglions dans l'aisselle, mais ils sont indolents et sans caractère bien net » ; et chez la même malade, à propos de l'autre sein, il ajoute : « L'engorgement ganglionnaire est ici manifeste, et l'on trouve, dans l'aisselle, deux ou trois ganglions douloureux et gênants dans les mouvements du bras ».

De notre côté, nous avons trouvé des ganglions dans quelques cas de maladie kystique, mais ils ne présentaient pas une morphologie spéciale : petits ganglions indolores, lisses, réguliers, roulant sous le doigt, ce qui peut laisser souvent supposer qu'ils existaient préalablement à notre affection.

6° *Écoulements*. — C'est un symptôme fréquent dans le cancer du sein, où nous avons affaire à un écoulement sanguinolent. Dans la maladie kystique, ce symptôme peut exister, mais il est plutôt rare et nous semble subordonné à la proximité des kystes du mamelon.

En effet, le contenu des kystes est généralement liquide : liquide clair, transparent, citrin ou légèrement verdâtre ; quelquefois, au contraire, nous trouvons à l'intérieur des kystes une substance visqueuse, presque solide, tantôt chargée de globules graisseux, tantôt contenant des concrétions calcaires. Pour Cöyne et Labbé, la composition du liquide qui peut sourdre à la pression du kyste répond presque toujours à la même composition ; il s'agit « d'une substance mucoïde plus ou moins fluide, et qui tient en suspension des matières colorantes du sang, des globules déformés, des cellules tuméfiées et granuleuses, de la graisse et quelques cristaux. »

Tels sont les symptômes que l'on a l'habitude de décrire communément à la maladie kystique du sein, et nous allons rapporter quelques observations présentant très bien ce type clinique.

OBSERVATION I

(*Clinique de M. le Professeur Jaboulay*).

Mme X., 41 ans, 17, rue de Crémieu, Lyon.

Elle entre à l'hôpital le 20 juin 1913, pour une tumeur du sein. Père et mère morts de vieillesse ; sœur morte d'embolie. Elle même n'a présenté aucune maladie jusqu'à ce moment ;

elle a eu une fille nourrie au sein ; rien de particulier à noter pendant la période de lactation.

Le 1^{er} avril 1913, elle a des démangeaisons au sein gauche ; les jours qui suivent, douleurs lancinantes survenant surtout le soir avec la fatigue, plus intenses au moment des règles ; inquiète, la malade va consulter un docteur qui l'envoie à l'hôpital.

Examen. — Sein gauche un peu hypertrophié. Légère ombilication du mamelon ; pas de veinosités. A la palpation, dans le quadrant inféro-interne, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, complètement mobile et lisse ; autour d'elle quelques petites nodosités.

Dans le sein droit, on trouve également quelques petites grosseurs, la plus grosse comme un petit pois ; toutes sont mobiles et roulent sous le doigt.

Rien à l'aisselle droite ; à gauche, au contraire, trois ou quatre petits ganglions.

Le traitement compressif lui ayant été appliqué pendant quelque temps par son médecin et n'ayant rien donné, M. Jaboulay lui fait l'énucléation de la mamelle gauche, sans ablation de la peau, sans curage axillaire.

La plaie est vite cicatrisée, la malade sort de l'hôpital le 5 juillet. Depuis cette époque, elle se porte très bien ; rien de spécial à noter du côté de sa cicatrice, ni du côté de son sein droit, où les petites grosseurs sont restées stationnaires.

OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur Jaboulay).

Marie X., 45 ans, Lyon.

Entre le 2 mai à l'hôpital pour tumeur du sein. Père vivant, mère morte subitement. Elle a eu deux enfants très bien por-

tants, nourris au sein : elle n'a jamais présenté d'infection mammaire, n'a pas reçu de traumatisme.

Il y a un an environ, la malade ressentit quelques douleurs au niveau du sein droit ; douleurs fugaces, quelquefois contemporaines de la période de menstruation. La malade ne s'alarme pas, quand, vers le mois de janvier 1913, elle ne voit plus ses règles et les douleurs du sein également diminuent. Vers le 1^{er} avril 1913, nouvelle réapparition des règles qui durent une douzaine de jours. Chaque matin, au lever, elle avait, au niveau du sein, la sensation de brûlures très vives, qui duraient une heure environ.

Elle rentre à l'hôpital sur le conseil de son médecin.

A l'examen, on ne note rien à l'inspection ; mais la palpation des deux seins nous révèle une série de nodosités éparses dans chaque glande, mobiles, glissant sous le doigt, sans aucune adhérence ; le sein droit paraît le plus atteint. Rien aux aisselles.

Elle est opérée par Jaboulay, qui lui fait l'énucléation du sein droit, sans curage axillaire.

La malade sort de l'hôpital quelques jours après ; ses douleurs avaient complètement disparu. A l'heure actuelle, la cicatrice est très nette et, au niveau du sein gauche, la plupart des nodosités semblent avoir rétrocedé.

OBSERVATION III

[(Clinique de M. le Professeur Jaboulay.)]

Marie Martel, 49 ans, Renage (Rhône).

Entre à l'hôpital le 9 février 1910, pour une grosseur dans le sein droit. Père mort à 71 ans. subitement ; mère morte à 66 ans d'un cancer du foie secondaire à un cancer à l'estomac. La malade a eu un fils vivant, nourri au sein ; rien à noter chez

elle pendant la lactation. Premières règles à 17 ans, toujours régulières, ont cessé depuis cinq mois.

Il y a trois semaines environ, la malade s'aperçoit fortuitement de la présence d'une grosseur du volume d'une noix siégeant dans le sein droit. Elle n'en a jamais souffert, mais a présenté depuis quinze jours un léger amaigrissement. Inquiète, elle a été consulter un médecin qui l'a envoyée à l'hôpital.

Examen. — Sein droit. Rien à la peau et au tissu sous-cutané; la palpation nous révèle, au niveau du quadrant inféro-externe, en plein parenchyme, une grosseur du volume d'une noix, non adhérente à la peau, très mobile, donnant une sensation de rénitence. A côté de cette grosseur principale, quelques autres petites nodosités éparses dans le sein.

Sein gauche. — Dans le tissu glandulaire, de nombreux petits grains durs et mobiles.

Pas de ganglions dans les aisselles.

La malade est opérée le 22 février 1910, par Jaboulay, qui lui fait l'énucléation du sein droit sans curage axillaire. Elle sort le 6 mars de l'hôpital; depuis ce moment, elle se porte très bien. Au niveau de son sein gauche, les nodosités ont légèrement augmenté, mais aucune n'a encore atteint la valeur de la première pour laquelle elle s'est fait opérer.

En réalité, la maladie kystique ne se présente pas toujours avec cette simplicité clinique, et nombreux sont les cas qui échappent au clinicien s'il veut trouver tous ces symptômes avant de poser son diagnostic; nous disons même qu'il est assez rare de trouver ce type parfait de la maladie.

Quoique l'abondance des kystes soit la règle dans la maladie kystique du sein, nous avons trouvé quel-

ques cas dans lesquels on ne découvrait *cliniquement qu'un seul kyste* ; d'ailleurs, pour peu que la glande soit entourée de graisse comme chez certains sujets, les rugosités, les aspérités, les petits kystes défient toute palpation, même soigneusement faite, l'une des deux mamelles n'offre rien de pathologique à l'examen, et, quant à celle qui est atteinte, rien autour de la tumeur ne révèle la présence d'aucune autre lésion. En d'autres termes, cette forme clinique de *maladie kystique à kyste unique* se caractérise par la présence dans l'un des seins d'une tumeur arrondie, lisse, mobile dans la glande et sans adhérence aucune ; mais « elle peut être aussi parfois de surface irrégulière et de dureté ligneuse, à prolongement rameux, faisant corps avec le tissu mammaire dont on ne saurait l'isoler ; or, comme il est fréquent d'observer dans l'aisselle des ganglions hypertrophiés, en vérité, le diagnostic de cancer s'impose et déjà, dans l'esprit du médecin, le pronostic devient très sombre. Décision grave, car n'oubliez pas qu'il s'agit souvent de jeunes filles ou de jeunes femmes dont cette opération peut bouleverser la destinée. »
Reclus, Presse médicale, 1911.

C'est pourquoi le clinicien doit être averti de cette forme clinique de la maladie kystique du sein et avoir, pour ainsi dire, une idée préconçue, quand il se trouve en présence d'un cas douteux de ce genre. Il devra toujours songer à la difficulté qu'il y a à palper les petits kystes épars dans la mamelle et qui, par conséquent, peuvent lui passer inaperçus ; il verra souvent qu'il a affaire à une jeune malade

âgée de 25 à 30 ans, un peu jeune par conséquent pour être porteur d'une tumeur primitivement maligne : enfin, le jeune chirurgien devra s'aider de tous les symptômes accessoires pour éclairer son diagnostic. Reclus, dans les cas de ce genre, recommande la ponction exploratrice. « Vous plongez dans la tumeur, dit-il, l'aiguille d'une seringue de Pravaz, préalablement vérifiée : vous constatez d'abord que l'aiguille, après avoir traversé un tissu fibreux résistant, pénètre dans une cavité où elle se meut à l'aise. Puis vous tirez sur le piston et le corps de la seringue se remplit d'un liquide dont je vous ai déjà signalé la coloration : il est citron, vert, noir, et surtout eau de gomme.

Le diagnostic est alors assuré ; il s'agit bien d'un kyste.

Cette manœuvre est vraiment indispensable et depuis, voilà près de 30 ans, je proclame qu'on n'a pas le droit de faire un diagnostic de tumeur du sein sans avoir au préalable pratiqué une ponction exploratrice. J'ai manqué rarement à ce précepte, mais au moins une fois, mon attention fut préjudiciable à la malade.

J'avais été appelé par un de mes confrères pour un cas particulièrement délicat, mais les cinquante ans de la malade, l'existence d'une tumeur unique, irrégulière, faisant corps avec le tissu mammaire, un léger plissement de la peau simulant une adhérence superficielle, quelques ganglions perceptibles dans l'aisselle m'avaient fait porter hardiment le diagnostic de cancer ; la tumeur fut enlevée et il

s'agissait d'une maladie kystique à kyste cliniquement unique ».

Ainsi, Reclus préconise la ponction simple quand on se trouve en présence d'un cas difficile à trancher. Nous croyons qu'elle offre certains inconvénients et que même devant une maladie kystique se présentant sous la forme d'un kyste cliniquement unique, on peut s'en passer.

En effet, les renseignements que donne la ponction ne sont pas péremptoirs ; même elle ne donnera rien très souvent et quand il s'écoulera du liquide, il faut songer que tout épithéliome aussi bien que tout adénome peut avoir des cavités kystiques à contenu liquide ; aussi ce symptôme-là n'arrivera pas à trancher le différend. Mais le clinicien prévenu de l'existence de ces kystes uniques arrivera à les diagnostiquer s'il tient compte des facteurs dont nous avons déjà parlé : âge plutôt jeune de la malade, évolution lente de la tumeur, caractères particuliers, état de la mamelle, absence de ganglions.

Nous avons trouvé quelques sujets porteurs de kystes uniques du sein, tout au moins cliniquement, et nous en citerons deux cas particulièrement intéressants.

OBSERVATION IV

(Clinique de M. le Professeur Jaboulay.)

Marie X..., 56 ans, 12, cours Vitton, Lyon.

Père et mère morts depuis longtemps d'affection inconnue.

Réglée à 13 ans, mariée à 22 ans, deux enfants nourris au sein ; rien de particulier à signaler pendant la période de lactation. A atteint la ménopause à 46 ans et n'a présenté aucun trouble à cette occasion.

Vers le 1^{er} janvier 1911, elle reçut un traumatisme au niveau du sein gauche, et ayant eu son attention attirée sur le sein, elle remarqua une grosseur dans la glande au niveau du mamelon. Comme elle avait perdu une de ses parentes pour une tumeur du sein, elle alla trouver un médecin qui lui appliqua une pommade et lui fit de la compression. Mais, au bout de quelque temps, voyant que la tumeur tendait plutôt à augmenter, elle se décida à aller trouver M. le professeur Jaboulay.

Examen. — Malade présentant un très bon état général. Pas d'amaigrissement.

Sein gauche. — Rien de particulier sur la peau du sein ; pas de rétraction du mamelon. Quand on palpe le sein contre la paroi thoracique, on trouve dans le parenchyme glandulaire au niveau du mamelon une tumeur de la grosseur d'une mandarine légèrement bosselée par endroits. Elle offre une consistance dure, sans rénitence ni fluctuation ; elle est mobile sur tous les plans dans l'intérieur de la glande. Autour de la tumeur, on ne trouve pas de grosseurs ; tout le parenchyme est normal. Dans l'aisselle gauche, on note deux ou trois petits ganglions non douloureux.

Sein droit. — Tout le parenchyme glandulaire est normal. Rien à noter à l'aisselle droite.

La malade est opérée le 6 mai 1911 par M. Jaboulay, qui lui fait l'énucléation du sein gauche sans curage axillaire.

A l'examen de la pièce anatomique, on trouve bien à sa place la tumeur telle qu'on l'avait explorée cliniquement, mais à côté d'elle et en arrière, on perçoit également deux grosseurs analogues à des petits pois. A l'ouverture de la tumeur, on voit s'écouler un liquide blanchâtre légèrement trouble.

L'examen histologique nous montre la structure kystique avec petites cellules à noyau fortement coloré ; même formation adénomateuse au niveau des petits kystes. Il ne restait qu'à conclure à une maladie kystique, mais à forme clinique spéciale, celle d'un kyste unique.

La malade sort de l'hôpital le 24 mai 1911. Depuis lors, elle se porte très bien ; son sein droit est toujours normal.

OBSERVATION V

(Clinique de M. le Professeur Jaboulay.)

Madame X..., 25 ans, Châtillon-sur-Chalaronne (Ain).

Père et mère morts d'affection indéterminée.

Mariée à 17 ans ; a eu un enfant un an après, qu'elle a nourri au sein sans présenter de phénomènes pathologiques. Mais, quelque temps après le sevrage de son enfant, elle remarqua, au niveau du sein gauche, la présence d'une grosseur, analogue à une cerise. Elle siégeait dans le quadrant supéro-externe, était dure, indolore et très mobile. La malade ne s'en inquiéta pas et, pendant six ans, elle ne remarque pas de changements dans cette lésion. Vers le 1^{er} janvier 1912, elle prit une bronchite assez sérieuse, et, à partir de ce moment-là, elle sentit de vives douleurs dans le sein et le bras gauche ; en même temps, la tumeur augmentait et elle était bientôt grosse comme un œuf de pigeon. Les douleurs persistèrent, douleurs lancinantes qui prenaient généralement la malade au lever ; quelquefois, elle avait aussi de vives sensations de brûlure. Effrayée par ces douleurs et par l'augmentation de la tumeur, elle vient consulter M. Jaboulay.

Examen. — Sein gauche. — Au niveau de la peau, quelques veinosités : pas de rétraction du mamelon : A la palpation, on

trouve, dans le quadrant supéro-externe, une tumeur du volume d'une grosse noix ; elle donne légèrement l'impression d'être bilobée ; elle est dure, indolore et mobile dans tous les sens à l'intérieur de la glande. A côté d'elle et dans tout le reste du sein rien de spécial. Pas de ganglions dans l'aisselle gauche.

Sein droit. — La glande est normale. La malade est opérée le 11 février 1912 par M. Jaboulay, qui lui fait l'énucléation du sein gauche, sans curage axillaire.

L'examen de la pièce anatomique nous montre, comme dans le cas précédent, quelques petits grains durs à côté de la tumeur, grains qu'on ne pouvait trouver cliniquement. L'examen microscopique nous montre une série de formations alvéolaires, avec de petites cellules basses délimitant des cavités kystiques. On ne note nulle part de prolongements anormaux, de prolifération dans le tissu conjonctif avoisinant. On est bien en présence d'une formation kystique, d'un kyste cliniquement unique.

La malade sort de l'hôpital le 27 février. Nous l'avons revue dernièrement ; sa cicatrice est à peine visible et son sein droit est toujours très normal.

Nous avons vu la maladie kystique du sein se présenter parfois cliniquement sous la forme d'un kyste unique, nous la voyons aussi assez souvent faillir à un de ses symptômes les plus importants : la bilatéralité. Les premiers auteurs qui vinrent après Astley Cooper et qui s'occupèrent des maladies du sein, en citant des observations de kystes séreux multiples qui envahissaient une glande mammaire, décrivaient

tout simplement des cas de *maladie kystique unilatérale* ; c'est probablement le cas pour Velpeau, Paget, Birkett, Brodie. Quénu, au sujet du traitement de la maladie polikystique du sein, présente à la Société de Chirurgie en 1900, une malade porteur d'une maladie kystique à kystes unilatéraux. Pozzi rapporte le cas d'une malade qu'il opéra trois fois pour trois kystes consécutifs dans le même sein. Ces cas se rencontrent cependant assez rarement, à moins qu'on ne commette l'erreur de ne pas examiner attentivement l'autre sein. Nous devons, en outre, tenir compte d'un autre facteur, c'est que les deux mamelles sont rarement prises simultanément et que dans la plupart des cas, la lésion les envahit successivement. Cependant, nous avons observé quelques cas de maladie kystique dans lesquels la lésion se cantonna dans un seul sein ; nous en citerons un cas qui nous a particulièrement frappé.

OBSERVATION VI

(*Clinique de M. le Professeur Jaboulay.*)

Madame X..., 46 ans, Brion (Isère).

Père et mère morts d'affection indéterminée.

Premières règles à 16 ans ; toujours régulières depuis ; elles ont cessé il y a un an environ.

Elle a eu un enfant nourri au sein, pas d'infection mammaire.

Un point intéressant à noter dans ses antécédents, c'est la présence d'une tumeur du sein chez sa sœur qui a été opérée il y a deux ans, tumeur naturellement d'une nature bénigne.

Au mois de janvier 1909, la malade dit avoir reçu un coup au niveau du sein droit et, deux mois après, au mois de mars, elle remarqua dans la partie inférieure du sein une petite grosseur. Elle se surveilla, vit la grosseur augmenter sans qu'elle ressentit aucune douleur. Elle alla consulter un médecin qui lui fit de la compression; la malade resta dans un état stationnaire pendant deux ans, mais, vers le début de 1911, la grosseur principale augmenta légèrement et, le soir, surtout avec la fatigue, elle éprouvait quelques douleurs lancinantes, s'irradiant parfois dans le bras droit. Elle alla consulter M. Jaboulay qui la fit entrer le 9 février 1911 dans son service.

Examen. — La malade présente un assez bon état général; cependant, léger amaigrissement et perte d'appétit depuis quelque temps.

Sein droit. — La peau est normale, le mamelon également, La palpation nous révèle dans le quadrant inféro-externe, audessous du mamelon, une tumeur de la valeur d'une mandarine, tumeur bosselée présentant une certaine rénitence, presque de la fluctuation. Elle est mobile dans la glande, indépendante des plans superficiels et profonds. A côté de la tumeur principale, toujours dans le quadrant inféro-externe, de petites nodosités, dures, roulant sous le doigt, mobiles dans la glande. Dans l'aisselle droite, on trouve deux ou trois petits ganglions.

Sein gauche. — On ne trouve rien d'anormal à l'examen du sein gauche; pas de ganglions dans l'aisselle.

La malade est opérée le 12 février 1911, par M. Jaboulay, qui lui fait l'énucléation du sein gauche, sans ablation du grand pectoral, sans curage axillaire.

L'examen histologique a été pratiqué; il s'agissait de formations kystiques toutes tapissées d'un épithélium typique; l'épithélium est encore typique sur la surface du grand kyste.

La malade sort de l'hôpital le 26 février 1911. Nous avons depuis lors suivi la malade et revu plusieurs fois ; la plaie est très bien cicatrisée, l'autre sein reste toujours normal. Or, le début de la maladie remonte à cinq ans, et l'ablation du sein droit à deux ans. Nous sommes donc bien en présence d'une maladie kystique à forme clinique unilatérale dès le début et qui a évolué simplement dans un seul sein.

CHAPITRE II

Evolution clinique.

Quelle sera l'évolution clinique de la maladie kystique du sein ? Est-ce que, comme une inflammation, sa marche clinique correspondra à une poussée plus ou moins chronique pour rétrocéder ensuite, ou, est-ce que, comme une tumeur, tous ces kystes ne viendront pas un jour à rompre leur paroi et à proliférer sans respecter les tissus avoisinants ?

Pour répondre à cette question et mieux saisir l'évolution clinique, nous ferons une petite incursion en histologie pour déterminer la nature de la maladie kystique.

Au point de vue histologique, les auteurs ont fini par se mettre d'accord ; pendant longtemps, après que l'individualité clinique fut établie, les discussions allèrent leur train. Des observateurs, également compétents, la décrivirent selon les cas qu'ils

observaient, comme mammite chronique (Delbet), épithéliome (Brissaud), — tantôt épithéliome et tantôt mammite chronique (Toupet, Rochard). Mais en ce moment les discussions ont pris fin, et on la classe à côté des adénomes du sein, adénome un peu spécial à cause de son type clinique.

« C'est une hyperplasie adénomateuse, dit Ménétrier, arrivant à la formation d'une glande présentant des indurations multiples, noueuses, avec kystes de volume variable. Histologiquement, une nodosité se présente constituée par des lobules dont les acini sont accrus de nombre et de volume, en hyperplasie manifeste, rappelant par leurs dimensions les acini de la glande en activité fonctionnelle, et cependant tapissés par des cellules épithéliales petites, cubiques, fortement colorées et plus semblables aux cellules de la glande au repos qu'aux éléments en sécrétion lactée.

L'hyperplasie se marque, en outre, par les formations kystiques, et non pas seulement les kystes relativement volumineux appréciables à l'examen clinique, mais encore par une infinité de petites dilatactions, soit acineuses, soit caniculaires ; ces dernières habituellement plus grandes. Ces dilatations correspondent pour une part à la rétention d'une sécrétion non lactée, transparente, séreuse ou visqueuse et verdâtre, qui les remplit et qui serait difficilement éliminée, en raison des troubles apportés par l'hyperplasie dans la structure de la glande.

Donc, au point de vue histologique, la maladie

kystique du sein est un polyadénome et, comme telle, elle prend rang parmi les tumeurs bénignes du sein. Mais de là à dire que l'évolution de la maladie kystique sera bénigne, il y a loin.

La maladie kystique du sein est une tumeur, et, en tant que tumeur, elle peut toujours évoluer au lieu de rester dans le *statu quo*. Comme le disait M. Jaboulay dans une de ses cliniques de 1911, « la maladie polykystique est une néoplasie bénigne, mais susceptible de dégénérer, de se transformer en néoplasie maligne. »

« Le cancer n'est pas toujours une forme morbide primitive, c'est un aboutissant d'états pathologiques multiples, antérieurs et préparatoires. » De même que les tumeurs dérivent des hyperplasies inflammatoires par modification des éléments cellulaires qui les constituent, les tumeurs malignes peuvent se développer aux dépens des néoplasies bénignes et également aux dépens de tel ou tel de leurs éléments constitutants. Il ne s'agit pas là, en effet, de substitution d'une tumeur nouvelle à l'ancienne, mais ce sont les cellules de celle-ci qui, continuant leur processus évolutif, croissent de manière atypique, désordonnée, franchissent les limites du territoire primitivement atteint et tendent à envahir l'organisme.

Ainsi, dans les transformations des adénomes en épithéliomes, si l'on a pu suivre les phases initiales du processus, on voit les cellules des tubes adénomateux proliférer, ces tubes s'allonger, pousser des prolongements en dehors de la couche muqueuse,

leur habitat normal, envahir le tissu conjonctif avoisinant et leurs cellules devenues libres se répandre dans les espaces interstitiels. Et cette évolution s'effectue avec des transitions si graduées qu'à l'examen on est souvent embarrassé pour décider si l'on a affaire à une lésion circonscrite, bénigne, adénomateuse, ou bien à un épithéliome infectant. Ce sont bien toujours les mêmes éléments cellulaires qui sont en jeu, et les données histologiques, les seules que nous puissions utiliser actuellement, ne nous montrent rien autre chose que la continuation d'un même processus, allant depuis les simples hyperplasies jusqu'aux formations malignes envahissantes, avec, comme intermédiaires, les hyperplasies locales, bénignes, adénomateuses, processus arrêté pour les unes à ses phases initiales, poussé jusqu'aux extrêmes pour les autres, mais toujours de même nature et se poursuivant sous des influences analogues à celles qui lui ont donné naissance : continuation des irritations chroniques, intervention de traumatismes, ulcérations et actions infectieuses diverses.

En effet, dans les services hospitaliers, si on éclaire la pathogénie des divers cas de cancer qui se présentent, on est frappé par le nombre des cas dans lesquels une altération antérieure des tissus a été observée. Ainsi, regardons ce qui se passe dans l'évolution clinique d'un épithéliome de l'estomac : on se trouve souvent en présence d'un malade qui présente une inflammation chronique ancienne de la muqueuse. A ce stade, la muqueuse offre les particularités

suivantes : du côté du derme, épaissement du tissu conjonctif, infiltration lymphoïde, vascularisation anormale : du côté du revêtement glandulaire nous trouvons de la prolifération des cellules, de la multiplication des culs-de-sac, avec dilatations kystiques, et végétations épithéliales à leur intérieur ; voilà un type de lésions nous conduisant à l'évolution adénomateuse. Mais bientôt l'altération progressera d'un degré, l'épithélium glandulaire va proliférer en dehors des culs-de-sac, envahir les tissus interstitiels, les espaces lymphatiques, les vaisseaux sanguins et devenir infectant — l'épithéliome est constitué.

Dans la maladie kystique du sein, nous pourrions avoir la même évolution. La maladie kystique constituerait une inflammation chronique, de lente évolution et de longue durée, non brutalement destructive comme les inflammations aiguës, auxquelles les épithéliomes résistent malaisément, car ils dégénèrent alors en masse et succombent.

Ici, au contraire, l'épithéliome ne réagit que particulièrement ; sous une action irritative, lente, répétée, de quelque nature qu'elle soit, il se produit une réaction hyperplasique dans le stroma glandulaire, arrivant à la formation de tumeurs à la vérité de petit volume, mais affectant néanmoins des proportions appréciables bientôt cliniquement. Il n'y a là de phénomène nouveau que l'accroissement considérable du volume de ces glandes, leurs revêtements épithéliaux conservant les mêmes caractères. La maladie kystique du sein dont le type à ce moment-là est constitué, peut ne pas rester à ce stade, quoi-

qu'en dise M. le Professeur Reclus ; et c'est ce qui explique les controverses qui eurent lieu entre les auteurs qui s'occupèrent les premiers de la question. Ils examinèrent plusieurs cas à une période différente de leur évolution, ce qui conduisit Delbet à conclure à une simple hyperplasie inflammatoire — la mammite chronique — Brissaud, à une tumeur maligne, un véritable épithéliome — Toupet et Rochard, selon les cas qu'ils examinaient, tantôt à un épithéliome, tantôt à une mammite chronique. C'est l'évolution des divers cas observés qui causa la discussion de la première heure, et c'est elle qui, maintenant, connue et admise de la plupart des auteurs, doit les trancher. Les relations de la maladie kystique et du cancer ont été prouvées par l'anatomie pathologique dans de multiples observations, et il suffit d'en rappeler les points les plus importants.

D'abord, l'identité des figures histologiques nous montrant exactement les mêmes formes et les mêmes apparences cellulaires dans l'un et dans l'autre : cellules modifiées si on les compare aux types normaux de la région, cellules simplifiées ayant perdu leur caractère de différenciation fonctionnelle, mais, en somme, semblables même en ce point aux cellules que nous avons trouvées dans les glandes des mammites les plus communes, les plus banales.

Au moment où la maladie kystique va aboutir au stade cancéreux, l'hyperplasie ne reste plus bornée à l'organe atteint, l'épithélium prolifère en dehors des conduits glandulaires et reproduit, à travers le tissu interstitiel, des figures analogues à celle des glandes adénomateuses.

En clinique, ce qui est le point le plus intéressant pour le chirurgien, on peut suivre pas à pas cette évolution lente de la maladie kystique du sein.

Est-ce à dire que tout se passe toujours de la même façon ! Voit-on régulièrement la maladie kystique évoluer progressivement pour finalement aboutir au stade cancéreux ? Non, nous n'irons pas jusqu'à dire cela. Arrivée peu à peu à sa constitution avec des symptômes torpides, qui peuvent aller jusqu'à passer inaperçus de la malade, elle peut rester longtemps stationnaire, signalant sa présence quelquefois à l'occasion d'une fatigue, quelquefois à l'occasion de la menstruation par des douleurs lancinantes, par une certaine pesanteur du côté du sein atteint.

Cet état peut durer longtemps, longtemps, tellement que certaines personnes ont vu leurs mamelles, « criblées de ces grains de plomb » que constituent les noyaux adénomateux, rester dans le *statu quo* jusqu'à leur mort. Chez certaines malades même, ces nodosités, qu'on a vu apparaître successivement dans le sein, peuvent à un moment donné s'arrêter dans leur processus évolutif et même régresser ; plusieurs auteurs en citent des observations, et la régression semble s'opérer souvent avec la ménopause. Mais généralement il n'en va pas ainsi ; la malade qui s'étudie régulièrement, qui va consulter son médecin, voit à côté des premières granulations en apparaître de secondes, puis quelque temps après de troisièmes ; la maladie gagne ensuite l'autre sein, puis quelques mois, quelques années après, des ganglions apparaissent dans l'aisselle et le chirur-

gien peut dès lors déjà trouver quelque changement dans l'allure de ces petites tumeurs qui criblent la mamelle. Au milieu du semis de granulations se trouve une tumeur plus grosse, plus dure, qui au lieu d'offrir ce contour régulier et lisse qui caractérise les kystes de la mamelle présente des aspérités, des bosselures, laissant deviner un travail hyperplasique, irrégulier et désordonné.

L'épithélium prolifère déjà en dehors des conduits glandulaires et gagne le tissu conjonctif — l'étape entre l'adénome et le cancer est franchie histologiquement — et cliniquement elle se traduit par les caractères spéciaux de la tumeur : induration, bosselures, quelquefois déjà adhérence aux plans profonds ou aux plans superficiels, enfin apparition dans l'aisselle de ganglions très durs, indolores généralement, correspondant tout à fait aux ganglions épithéliomateux.

C'est souvent en présence de cette catégorie de malades que se trouve le chirurgien ; la patiente mal avertie a traité par la négligence ces petites tumeurs qui lui grossissaient le sein, et n'a été consulter le médecin que lorsque la transformation de l'adénome en cancer était constituée. L'ablation du sein se fera déjà dans de plus mauvaises conditions qu'auparavant, la propagation par les vaisseaux lymphatiques pouvant déjà avoir gagné des territoires anatomiques assez éloignés.

La clinique est péremptoire là-dessus ; la dégénérescence est à craindre, la régression n'est pas la règle.

Et chez les malades à qui l'opération n'a pas été faite parce qu'elles s'y refusaient, nous avons vu cette dégénérescence s'opérer régulièrement. Parmi les cas que nous avons eu sous nos yeux, nous en citerons trois particulièrement intéressants.

OBSERVATION VII

(Clinique de M. le Professeur Jaboulay,)

Madame X..., 48 ans, tisseuse, Roanne.

Père mort à 63 ans de maladie de cœur ; mère vivante. Rougeole dans l'enfance. Réglée à onze ans et depuis lors, jusqu'à ce moment, règles très régulières avec, de temps en temps, quelques pertes blanches. Mariée à 19 ans, elle a eu trois enfants, tous les trois nourris au sein. Pas d'infection mammaire, pas de traumatismes au niveau du sein.

Le début de l'affection actuelle remonte à trois ans. La malade s'aperçut par hasard, en se couchant sur le côté droit, qu'elle avait dans le sein un noyau en dehors et un peu au-dessus du mamelon. Autour de ce noyau il lui sembla percevoir quatre ou cinq grains plus petits répartis dans la partie supérieure du sein.

Pas de douleurs spontanées, pas de douleurs à la palpation. La malade ne s'inquiéta guère ; cependant, le noyau grossit peu à peu, et la malade alla trouver un médecin de Roanne qui porta le diagnostic de kystes du sein et lui conseilla de se faire opérer : cela se passait il y a un an environ.

La malade, effrayée de l'opération, y renonça et rentra chez elle ; mais, au bout de quelques mois, la grosseur augmenta encore et la malade ressentit quelques douleurs au niveau du sein droit et dans l'aisselle. Elle se décida à venir consulter, à

Lyon, M. le professeur Jaboulay qui lui conseilla l'intervention.

Examen. — Sein droit. — On ne note pas de varicosités sur la peau, pas de rétraction au niveau du mamelon ; au-dessous du mamelon, quelques plis de la peau dessinant la peau d'orange. A la palpation, on trouve dans le quadrant inféro-externe du sein une tumeur de la grosseur d'une mandarine, dure, irrégulière, bosselée, adhérente au grand pectoral. Dans les deux quadrants supérieurs, de petites nodosités, au nombre de cinq ou six, moins dures que la première, lisses, très mobiles dans la glande mammaire.

A l'aisselle droite, quelques ganglions indurés, bosselés, indolores,

Sein gauche. — L'examen externe ne signale rien, mais à la palpation, comme dans le sein droit, on découvre une série de petites tumeurs disposées un peu partout mobiles dans le parenchyme. A l'aisselle gauche, on ne note pas de ganglions.

La malade est opérée le 6 mai 1911 par M. Jaboulay, qui lui fait l'amputation du sein droit avec ablation du grand pectoral et curage de l'aisselle.

A l'examen histologique, on note, au niveau, de petites nodosités, la formation classique adénomateuse. Mais, au niveau de la grosse tumeur du sein droit, l'aspect change. Nous avons bien affaire à un kyste, et, sur une grande partie, la paroi est constituée par une rangée de petites cellules qui rappellent les cellules de la glande mammaire ; mais, en plusieurs points, les cellules changent, elles s'allongent, grossissent, deviennent irrégulières ; les tubes qu'elles constituent prolifèrent, s'allongent dans toutes les directions, aussi bien dans la cavité du kyste que dans les espaces interstitiels. A ce niveau, la dégénérescence est déjà accomplie, et nous nous trouvons en présence d'une maladie kystique transformée en cancer.

Du côté des ganglions, même aspect ; nous retrouvons de grandes cellules irrégulières, proliférantes, disposées un peu partout.

La malade supporte très bien l'opération et se retire au bout de trois semaines ; depuis lors, rien de spécial à noter. Pas d'aggravation de ses lésions du côté du sein gauche, pas de récurrence au niveau de sa cicatrice.

OBSERVATION VIII

(Clinique de M. le Professeur Jaboulay.)

Madame X..., 46 ans, Saint-Romain-de-Popey (Rhône).

Père et mère morts depuis longtemps d'affection indéterminée.

Réglée à 16 ans ; mariée à 22 ans. A eu une fille nourrie au sein. Pas d'infection mammaire, pas de traumatisme au niveau du sein.

Le début de l'affection actuelle remonte au mois de janvier 1912 ; la malade trouva, au niveau de son sein gauche, dans le quadrant supéro-externe, une petite grosseur de la valeur d'un petit pois ; elle n'y prêta aucune attention. Elle remarqua également, à la partie supérieure du sein droit, deux petites grosseurs analogues à la première.

Aux dires de la malade, elles glissaient sous le doigt et ne présentaient d'adhérence ni avec les plans superficiels, ni avec les plans profonds. Pas de douleurs spontanées, même au moment des règles, pas de douleurs à la pression. Durant les mois qui suivirent, la malade, qui s'étudiait, ne remarqua rien d'anormal.

Vers le mois d'avril 1913, elle s'aperçut que les tumeurs se mettaient à grossir, en particulier celles qui se trouvaient au

niveau du sein droit. Aussi, le médecin qui la soignait l'envoya dans le service de M. Jaboulay pour la faire opérer.

La malade présente un assez bon état général ; pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Sein droit. — Sur la peau, on note de la circulation collatérale, mais sensiblement égale des deux côtés. La palpation de la glande nous donne tout de suite la sensation de grosseurs de différent calibre ; d'abord, dans le quadrant supéro-interne, une grosseur de la valeur d'une cerise, dure, sans aucune adhérence, puis réparties un peu dans toute la glande mammaire une série de nodosités au nombre de sept à huit, dures, indolores à la pression, roulant sous le doigt, et mobiles, par conséquent, dans le parenchyme glandulaire ; enfin, dans la partie inférieure, juste au-dessous du mamelon, se trouve une tumeur qui présente un intérêt particulier. Elle offre une forme allongée, légèrement biloculaire, avec une surface très inégale, offrant des aspérités et des rugosités ; elle est douloureuse à la pression et de consistance dure ; indépendante de la peau, elle adhère aux plans profonds et, en particulier, quand on fait contracter à la malade son grand pectoral, elle suit le mouvement musculaire.

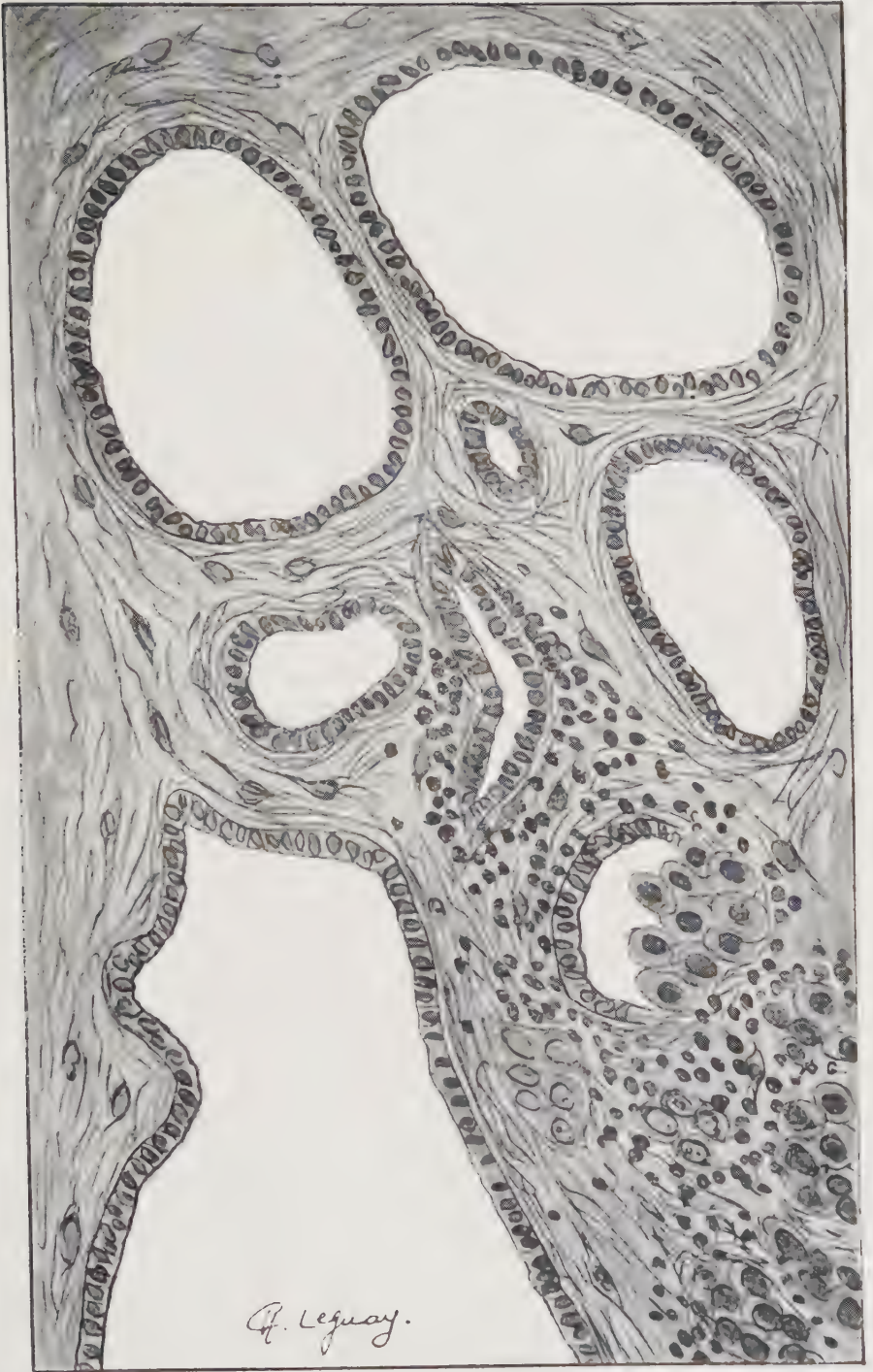
La pression du mamelon ne fait sourdre aucun écoulement. Dans l'aisselle droite, on trouve trois ganglions durs, indolores, chacun de la valeur d'une amande.

Sein gauche. — On note encore trois nodosités dans la mamelle gauche, en particulier celle que la malade remarqua la première dans le quadrant supéro-externe.

Rien à l'aisselle gauche.

Au niveau des autres organes, rien à noter, sinon un goître parenchymateux qui, aux dires de la malade, tendrait à rétro-céder depuis l'apparition de la tumeur du sein.

La malade est opérée le 25 avril 1913 par M. Jaboulay, qui lui fait l'amputation du sein droit avec résection du grand pectoral et curage axillaire.



Examen histologique. — A l'examen d'une coupe faite au niveau de la tumeur principale, ce qui nous frappe d'abord, c'est la présence de nombreuses cavités kystiques éparses dans le parenchyme, les unes avec une grosse lumière centrale, complètement vide, d'autres avec une lumière beaucoup moins sensible, d'autres encore présentant à leur centre des saillies irrégulières.

Au fort grossissement, au niveau des cavités réellement kystiques, la paroi est constituée par une seule rangée de cellules cubiques, à gros noyau placé au centre, se colorant bien et entouré d'une très mince couche de protoplasma. Au niveau des autres cavités, beaucoup moins prononcées d'ailleurs, les cellules semblent s'allonger, retourner un peu au type cylindrique, avec un noyau beaucoup moins coloré ; puis, à côté d'elles, sur la même paroi et la constituant, on distingue nettement de grosses cellules tantôt allongées, tantôt arrondies avec un noyau, plutôt faiblement coloré et entouré d'une grosse couche de protoplasma ; à ce niveau, on ne perçoit plus de membrane basale, il n'y a plus de séparation entre les cellules et le tissu interstitiel. A côté de ces cellules, on en voit d'autres encore du même type dans le tissu conjonctif, tantôt semblant se grouper en tubes, tantôt éparses irrégulièrement en traînées espacées, au milieu de petites cellules rondes. Nous touchons en ce moment à l'épithéliome infiltré dans les tissus interstitiels.

Comme nous le montre cette coupe, la transition est très nette, et la formation kystique va faire place à un épithélioma du sein.

La malade sort de l'hôpital le 15 mai 1913 : elle éprouva, ces temps derniers, quelques douleurs dans le sein gauche, mais l'examen ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION IX

Cette observation a été l'objet, en 1911, d'une clinique de M. le professeur Jaboulay ; nous ne ferons que rapporter ici la leçon du maître.

« La malade que je dois opérer tout à l'heure devant vous est une femme de 37 ans, originaire du Jura : chez elle, elle s'occupe surtout de son ménage et, entre temps, elle s'occupe au montage des lunettes, industrie florissante dans son pays. Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Ses parents sont âgés et se portent bien. Elle n'a jamais entendu parler de néoplasie dans sa famille et, à sa connaissance, on n'aurait opéré personne parmi ses proches ou ses ascendants.

Elle-même a eu la rougeole et la coqueluche dans son enfance ; puis un écoulement d'oreille qui dura plusieurs années. Réglée à quinze ans, les menstrues ont été toujours régulières. Elle n'est pas tousseuse, n'a jamais eu de bronchite, pas d'hémoptysie, pas de pleurésie.

Elle est fille et n'a jamais eu d'enfants ; par conséquent, elle n'a jamais allaité ; jamais elle n'a présenté, du côté des seins, ni gerçure, ni crevasses, ni inflammation de la glande elle-même. Elle ne se souvient pas avoir reçu un traumatisme quelconque sur cette région.

L'attention de cette femme fut attirée du côté de son sein gauche, il y a à peine quinze ou vingt jours, par la présence d'une grosseur qui l'a inquiétée. Mais, à vrai dire, en l'interrogeant bien, elle accuse depuis environ un an des douleurs dans l'épaule, le membre supérieur gauche et même quelques sensations lancinantes du côté du sein.

Voilà donc une malade qui vient nous trouver pour une tumeur du sein gauche ; elle n'a pas d'antécédent néoplasique

dans sa famille, pas d'affection locale antérieure ; sa maladie semble évoluer depuis un an.

Son état général est parfait. Elle n'a pas la moindre élévation de la température. L'examen des viscères ne montre absolument rien. Les poumons respirent admirablement. Le cœur est normal. Les artères sont souples. Il existe quelques varices des membres inférieurs.

Le système lymphatique est peu touché. Nous avons cependant trouvé quelques ganglions dans le creux axillaire gauche, mais sans caractères néoplasiques nets.

Les urines ont été examinées, comme toujours, attentivement : elles ne présentent ni sucre, ni albumine. L'appareil génital est indemne. La dernière menstruation s'est faite il y a quinze jours.

Rien au tube digestif. L'appétit est bon, les selles normales. Le foie ne présente pas de signes de généralisation. Pas d'ascite.

De même, le système nerveux central n'a subi aucune atteinte : pas de douleurs de tête, pas de névralgie faciale ; rien du côté des nerfs de la base ; pas de douleurs rachidiennes.

Par contre, il existe quelques douleurs lancinantes du côté du sein gauche ; mais ce sont des douleurs peu violentes avec quelques irradiations vers l'épaule et la racine du membre supérieur gauche.

La région mammaire gauche nous apparaît déformée, le sein est un peu plus volumineux, un peu relevé, un peu globuleux. La déformation paraît surtout siéger sur la partie inférieure de l'organe. Et, pour mieux localiser la tumeur et analyser en détail les différents tissus de la région, nous allons diviser celle-ci en quatre quadrants par deux lignes, l'une horizontale, l'autre verticale, se coupant au niveau du mamelon. Nous obtenons ainsi deux quadrants externes, l'un supérieur, l'autre inférieur, et de même deux quadrants internes.

C'est dans le quadrant inféro-externe que se trouve la lésion. Il y a là une tuméfaction de la grosseur d'un œuf, qui fait une légère saillie sous la peau. Les téguments à sa surface sont légèrement rougis. La masse, bien limitée, présente dans son ensemble une consistance ligneuse, dure. Il existe cependant un point, vers la partie centrale de la tumeur, où la consistance est molle, presque fluctuante. La tuméfaction fait corps avec la glande. On la mobilise avec l'organe. Un fait nous a frappés à l'examen : c'est l'augmentation de la température locale : ce phénomène est très net et peut être apprécié à la main. Nous avons examiné les différents tissus qui s'étagent au niveau de la tumeur, et nous avons trouvé une peau un peu enflammée, amincie, légèrement violacée en un point. Elle est légèrement rétractée à la périphérie de la tumeur. Le tissu cellulaire sous-cutané a disparu, car on ne peut mobiliser la tumeur sur les plans superficiels. La glande mammaire elle-même fait corps avec la tumeur dans sa portion inférieure. Dans sa partie non atteinte, elle est un peu granuleuse et semble présenter de petites tuméfactions sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure. La circulation du sein est troublée : il existe un gros lacis veineux sur toute la portion du thorax qui avoisine la lésion. Les lymphatiques paraissent peu touchés puisque, nous l'avons vu, on ne perçoit que quelques ganglions axillaires sans caractères spéciaux.

Le tissu cellulaire rétro-mammaire semble pris et la tumeur adhère au grand pectoral : si l'on fait contracter ce muscle, on voit en effet qu'on ne peut mobiliser la tumeur que d'une façon très restreinte.

Le mamelon gauche n'est pas rétracté. Il n'existe aucun écoulement anormal. L'aréole a ses tubercules à peu près normaux. Il n'y a pas d'œdème du membre supérieur, la radiale bat normalement. Pas de douleurs dans la main. Pas de troubles de la mobilité.

En présence d'une affection du sein, quelle qu'elle soit, il importe toujours d'examiner le sein du côté opposé. Chez cette femme le sein droit présente de nombreux grains, que l'on sent bien en palpant la glande à plat. Il s'agit d'une affection particulière ; d'une *maladie noueuse* qui commence et dont la constatation a une grande importance ici.

Telle est, Messieurs, l'histoire clinique complète de cette malade. Nous nous trouvons en présence d'une tumeur du sein gauche. Quelle est la nature de cette tumeur ?

Je vous ai dit que nous avons ici deux tissus atteints : le tégument et le tissu glandulaire. Avons-nous affaire à une *tumeur de la peau propagée à la glande* ? Je crois que nous pouvons rejeter cette hypothèse. Si la peau avait été prise primitivement, nous aurions une masse ulcérée, saignante ; or, ici, la peau n'est qu'amincie, mais elle tient encore et il n'existe pas d'ulcération.

Il faut donc dire *lésion primitive de l'appareil glandulaire*.

Est-ce alors une affection inflammatoire chronique ? On voit bien chez les femmes, même chez les jeunes filles, des tuméfactions qui rétractent la peau, font adhérer le sein aux plans profonds, et simulent à s'y méprendre une tumeur maligne ; c'est la *mastite chronique*. Mais, en général, ces tuméfactions sont fluctuantes, la pression à leur niveau réveille de la douleur : ici pas de vraie fluctuation, pas de douleur. Nous éliminons donc ce diagnostic qui, dans beaucoup de cas, ne laisse pas d'être très difficile.

Dans le cas particulier, il s'agit certainement d'une *lésion néoplasique*. Faut-il porter le diagnostic de tumeur bénigne ou celui de tumeur maligne ?

Une tumeur bénigne serait un *adénome* : dans ce cas, on aurait affaire à une tumeur beaucoup plus limitée, bien encapsulée, qui se mobiliserait indépendamment de la glande, qui

n'adhérerait ni aux plans superficiels, ni aux plans profonds, tandis que cette tumeur fait nettement corps avec la glande et présente les adhérences musculaires et cutanées que nous signalions il y a un instant.

Est-ce un *kyste* ? Certainement non, la lésion serait fluctuante; elle ne serait pas unique, et nous trouverions plusieurs points de la glande pris.

Il s'agit bien d'un cancer. L'évolution de la tumeur, le fait qu'elle fait corps avec la glande et se développe à ses dépens, tout cela doit y faire songer immédiatement.

Les adhérences aux plans superficiels et profonds, l'indolence et la dureté le prouvent.

Mais à quelle variété de tumeur avons-nous affaire ?

Le *sarcome*, vous le savez, donne comme ici une circulation veineuse collatérale développée; il donne aussi de la température locale et je vous ai signalé tout à l'heure ce phénomène. Par contre, l'évolution est beaucoup plus rapide; voici une tumeur qui paraît évoluer lentement depuis un an. S'il s'agissait d'un sarcome, nous l'aurions vu grossir depuis les huit jours que la malade est dans le service.

Reste alors l'*épithélioma*. Celui-ci peut se présenter sous ses deux variétés : le *squirrhe* et le *carcinome*.

Le squirrhe rétracte le sein, diminue l'organe, aspire le mamelon, donne des douleurs abdominales, et s'accompagne ordinairement d'une adénopathie, toujours très nettement néoplasique.

Le *carcinome* marche beaucoup plus vite et constitue souvent ce que l'on désigne sous le nom de *cancer aigu*. Il existe toujours une grosse adénopathie axillaire concomitante.

Chez notre malade, la marche est lente, les douleurs peu vives, les ganglions nuls ou absents. Malgré cela, nous croyons qu'il s'agit d'un épithélioma, mais d'un épithélioma dont les caractères cliniques un peu particuliers relèvent précisément

d'une étiologie bien spéciale sur laquelle je veux maintenant insister.

Vous savez que la néoplasie peut atteindre le sein, soit par la voie externe à la faveur de gerçures, de crevasses, d'irritation chronique, de lésions cicatricielles ou d'abcès, soit par la voie sanguine. Mais, vous vous rappelez qu'à l'examen des deux seins, nous avons trouvé dans la glande de petites masses de la grosseur d'un pois, disséminées : c'est le sein granuleux, présentant très nettement la *maladie polykystique*. Or, cette affection est une néoplasie bénigne susceptible de dégénérer, de se transformer en néoplasie maligne.

Le diagnostic doit donc être, à notre avis, le suivant : *cancer épithélial du sein gauche développé à l'occasion d'une maladie kystique* ».

La malade fut opérée par M. Jaboulay qui lui fit l'amputation du sein gauche avec résection du grand pectoral et curage axillaire.

L'examen histologique démontra que l'on était bien en présence d'une maladie polykystique dégénérée en cancer. A côté de la cavité kystique, avec une lumière claire et une paroi bordée de petites cellules cubiques, on trouva des boyaux de grosses cellules ne reposant sur aucune membrane propre, éparses dans les tissus interstitiels.

Depuis cette opération, la malade se porte très bien ; on n'a pas remarqué d'évolution des tumeurs du sein droit, pas plus que de récidence cancéreuse au niveau de la cicatrice du sein gauche.

Ainsi, nous avons vu, dans ces trois dernières observations, trois cas de maladie kystique qui, avec une évolution plus ou moins rapide, ont donné lieu à une dégénérescence néoplasique.

Un autre cas peut se produire, tout aussi important à connaître pour le clinicien, c'est *le cas d'une récédive cancéreuse* au niveau de la cicatrice d'un sein amputé pour maladie kystique.

C'est une preuve de plus des risques de l'évolution néoplasique de la maladie kystique du sein, trop regardée par certains cliniciens comme une tumeur d'évolution bénigne. Le chirurgien se trouvant en face d'un sein offrant tous les symptômes d'une maladie kystique, se tient dans l'expectative et se contente d'observer la malade ; les grosseurs deviennent plus nombreuses, plus importantes, des douleurs apparaissent, la malade maigrit légèrement ; si on attend encore, on voit généralement une des tumeurs évoluer plus vite, devenir irrégulière, adhérente. Si on opère à ce moment, les chances de succès sont moins grandes, car le cancer a gagné les plus fines ramifications lymphatiques et la récédive pourra s'ensuivre. C'est à quoi s'exposent les sujets qui ne se décident à se faire opérer que tardivement et c'est ce que nous avons observé chez une de nos malades ; le fait est particulièrement probant.

OBSERVATION X

(*Clinique de M. le Professeur Jaboulay.*)

Louise B..., 43 ans, Chandolas (Ardèche).

Père et mère morts de bronchite à 64 ans.

Rien de pathologique dans sa jeunesse. Mariée à 26 ans, elle a eu quatre enfants, tous les quatre nourris au sein,

Elle affirme avoir eu pendant l'allaitement de son dernier enfant une inflammation du sein gauche qui lui dura un mois environ et qui avait guéri sans suppuration ni écoulement.

Le début de l'affection remonte au mois de janvier 1911, où la malade commença à ressentir des douleurs dans le sein gauche, douleurs qui partaient de la périphérie et s'irradiaient vers le mamelon. Elle alla consulter son médecin qui l'envoya dans le service de M. Jaboulay.

La malade se plaint toujours de douleurs lancinantes localisées au sein gauche. Elle a un très bon état général, sans amaigrissement notable.

Examen. — Sein gauche. — La peau et le tissu cellulaire sont intacts ; au-dessous du mamelon, on note une tumeur de la valeur d'une grosse noix, dure, bosselée, légèrement adhérente aux plans profonds ; elle suit les mouvements du grand pectoral. Autour d'elle, quelques nodosités, irrégulièrement éparses dans la glande et donnant la sensation des kystes. Dans l'aisselle, on note quelques ganglions.

Sein droit. — Rien de spécial à noter pas plus qu'à l'aisselle droite.

La malade est opérée le 20 septembre 1911 par M. Jaboulay, qui lui fait un Halsted complet ; la cicatrisation est assez rapide et, le 10 octobre, la malade quitte l'hôpital.

L'examen histologique de la pièce anatomique nous révèle la structure kystique avec l'épithélium typique ; pourtant, en un certain point de la grosse tumeur, les cellules ont proliféré plus activement, sont devenues plus grosses, et quelques-unes sont éparses irrégulièrement dans le tissu conjonctif.

Après l'intervention, la malade se porte très bien ; elle reprend son travail et ne songe plus à son ancienne lésion, quand, vers le mois de septembre 1912, environ un an après l'opération, elle ressentit de nouveau quelques picotements au

niveau de la cicatrice du sein gauche. Les douleurs continuèrent les jours suivants, puis apparut une petite tumeur pour laquelle la malade revint à l'hôpital le 5 janvier 1913.

La malade a maigri les derniers mois ; elle a de l'anorexie, des sueurs fréquentes, surtout la nuit.

Examen. — Sein gauche. — On voit une cicatrice en S correspondant à la ligne d'incision du Halsted ; la cicatrice est très régulière. Au-dessus, la peau nous présente quelques varicosités. La palpation nous révèle une tumeur de la valeur d'une noix, très dure, présentant des aspérités, indépendante de la paroi thoracique, mais adhérent fortement à la cicatrice.

Pas de ganglions dans l'aisselle gauche.

Sein droit. — On trouve deux ou trois nodosités indolores au-dessous du mamelon. Rien à l'aisselle droite.

La malade est opérée une seconde fois, le 8 janvier 1913, par M. Jaboulay, qui lui fait l'ablation pure et simple de la tumeur. L'examen histologique nous montre au milieu du tissu conjonctif des boyaux épithéliomateux groupés les uns contre les autres, rappelant jusqu'à un certain point des acini glandulaires.

Sans aucun doute, nous avons eu affaire à une maladie kystique qui a donné lieu, un an après, à une récurrence néoplasique.

OBSERVATION XI

(Ménétrier, « *Bulletin de la Société médicale* », 1906.)

Madame X..., 60 ans.

Père mort à 58 ans d'une hémorragie cérébrale. Mère a succombé à 51 ans aux progrès d'un cancer utérin, qui a évolué pendant un an et paraît s'être compliqué, pendant les derniers

mois, d'une métastase cérébrale avec paraplégie spasmodique douloureuse.

Elle-même a eu une fièvre typhoïde à huit ans.

Mariée à 30 ans, elle a eu un enfant, mort après sa naissance à la suite d'un accouchement rendu pénible par une présentation vicieuse, et une fausse couche de six semaines.

A aucun moment de sa grossesse et de ses couches, elle n'a eu d'accidents du côté des seins.

Depuis, sa santé était parfaite quand, en 1885, elle remarqua, en faisant sa toilette, un petit noyau dur, indolore, siégeant dans le sein gauche, à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. Cette tumeur grossit progressivement ; en 1892, elle était devenue plus grosse que le poing et la malade, inquiète, consulta un médecin qui trouva, en outre, dans le sein droit plusieurs petits noyaux que la malade avait méconnus. Il n'y avait pas de ganglions appréciables dans les aisselles. La malade, depuis sa première grossesse, n'a jamais eu d'écoulement d'aucune sorte par les mamelons, et ceux-ci n'étaient pas rétractés.

Le médecin ne fit pas de ponction exploratrice, mais porta le diagnostic de « kystes du sein » et adressa la malade au professeur Segond, alors chirurgien de la maison Dubois.

Celui-ci pratiqua l'amputation des deux seins avec curage de l'aisselle droite en une seule séance. Réunion par première intention avec toutes les apparences d'une guérison radicale.

Huit ans plus tard, en 1900, apparition d'un petit nodule, gros comme une noisette, au moment où la malade l'a remarqué, au niveau de la cicatrice d'amputation du sein droit. Ce nodule, dur et indolore, était entouré de sept ou huit boutons ayant la même consistance et ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle. Il existait en outre un autre nodule adhérent à la peau dans l'aisselle droite.

En 1903, c'est dans le cuir chevelu que se montrent de nouvelles tumeurs, d'abord grosses comme des grains de mil, mais augmentant peu à peu de volume et devenant gênantes quand la malade se coiffe.

En septembre 1905, il existe, outre trois grosses tumeurs du cuir chevelu, une vingtaine de petites. A ce moment, à la suite d'un choc contre une suspension, une des grosses tumeurs s'ulcère, saigne abondamment ; la plaie s'infecte et suppure ; un curettage pratiqué à la consultation de chirurgie atténue les phénomènes inflammatoires sans que cependant se traduise une cicatrisation de la plaie, les tumeurs continuent d'ailleurs à s'accroître.

C'est alors qu'alarmée par les progrès du mal, la malade entra dans notre service à l'hôpital Tenon le 27 mars 1906.

C'est une femme petite, maigre, au teint terreux, aux muqueuses peu colorées, débilitée et anémique, sinon encore franchement cachectique.

Elle présente au niveau de la convexité crânienne quatre grosses tumeurs à peu près hémisphériques, présentant à leur base un diamètre de 4 à 5 centimètres.

Au niveau du sein droit, la première récurrence forme une tumeur de la dimension d'une pomme d'api, adhérente à la peau et mobile sur les parties profondes, dure et non douloureuse.

Il y a dans l'aisselle du même côté un noyau plus petit, également adhérent à la peau.

Le 3 mai, pour donner plus de précision à notre diagnostic, nous prions notre collègue Demoulin d'enlever chirurgicalement une des tumeurs ; il pratique l'ablation de la récurrence locale au niveau du sein droit. Cette pièce, immédiatement fixée, a servi pour notre examen histologique. On trouve les résultats suivants : le noyau néoplasique est situé dans la couche sous-cutanée, avec intégrité du revêtement épidermique sus-jacent.

Dans un tissu conjonctif généralement dense et fibreux par places, sont disséminés des lobules épithéliomateux, présentant à un faible grossissement l'apparence d'acini glandulaires groupés les uns contre les autres, et dont les cavités sont généralement dilatées, sans qu'il y ait cependant formation de véritables kystes.

A un plus fort grossissement, on constate que ces masses d'apparence glandulaire sont, en effet, constituées par des tubes creux, tapissés d'une couche régulière et continue d'épithélium, avec une lumière centrale plus ou moins large. La couche épithéliale est formée d'une seule rangée de cellules cubiques, à gros noyau rond ou ovoïde, placé au centre de l'élément, bien coloré et entouré d'une couche assez mince de protoplasma. Les noyaux sont tous à l'état de repos et l'on ne trouve nulle part de figure de karyokinèse. Parfois les cellules, un peu plus allongées, sans être pourtant franchement cylindriques, présentent une saillie protoplasmique arrondie vers la lumière du tube, le noyau étant alors basal. Cette couche épithéliale repose directement sur le tissu fibreux du stroma qui sépare les tubes, sans interposition de membrane propre.

Ces tubes sont généralement fort courts, arrondis ou allongés, quelquefois ramifiés, avec de très courtes anastomoses. Leur lumière est assez large, sans qu'il y ait de formation kystique à proprement parler. Leur contenu devait être liquide, car ils paraissent vides sans exsudats concrets, ni cellules desquamées.

Dans les espaces conjonctifs avoisinants des cellules épithéliales du même type que celles qui constituent le revêtement des tubes précités se voient à l'état d'infiltration entre les faisceaux lumineux, en tubes pleins ou en traînées espacées, sans forme de revêtement régulier et se rapprochant alors de l'apparence commune de l'épithéliome infiltré.

La nature maligne de la lésion n'est donc nullement dou-

teuse de par l'examen histologique, mais la plus grande partie du tissu néoformé présente néanmoins, en raison de sa structure compliquée et voisine de l'apparence des glandes normales à l'état de repos un aspect très franchement adénomateux : certains points considérés isolément seraient difficilement différenciables d'un adénome du sein.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Avec les symptômes capitaux que nous avons décrits précédemment, le diagnostic de maladie kystique du sein semble ne présenter guère de difficultés pour le clinicien. Et, en effet, les cas typiques n'offrent guère de difficultés ; on écartera, de suite, parmi les tumeurs bénignes, l'adénome simple, et, parmi les tumeurs malignes, l'épithélioma squirrheux et le sarcome. Cependant, malgré ses symptômes très spéciaux, la maladie kystique du sein pourra être confondue parfois, soit avec des lésions inflammatoires, telle que la mastite chronique, soit avec une tumeur maligne, telle que l'épithélioma deudritique du sein.

La mastite chronique peut présenter des noyaux indurés, assez mobiles, bilatéraux, qui ne suppurent pour ainsi dire jamais ; ces noyaux inflammatoires pré-

sentent exactement le caractère de plusieurs petites tumeurs éparses dans la glande. Mais ce syndrome se sépare de la maladie kystique du sein par plusieurs points : par son étiologie d'abord qui reconnaît deux grandes causes principales : la lactation et les traumatismes ; on trouve presque toujours une de ces causes dans l'histoire clinique de la malade.

La mastite chronique se distingue encore par son évolution qui est très rapide par rapport à celle des tumeurs : quand on trouve dans le sein une grosseur datant de un ou deux mois et qui a déjà le volume d'un œuf ou d'une pomme, il faut se méfier, ce serait bien rapide pour une maladie kystique du sein.

Du côté des grosseurs elles-mêmes, ce qui doit surtout éveiller l'attention, c'est le symptôme douleur.

Nous ne parlons pas des douleurs spontanées qui sont si variables dans les affections du sein et si difficiles à analyser. C'est la douleur provoquée par la pression qui a une grande importance pour le diagnostic. Dans la maladie kystique, point de douleurs provoquées ; dans la mastite chronique, au contraire, ce symptôme est presque constant.

Les ganglions sont légèrement engorgés, douloureux dans la mastite chronique ; au contraire, dans la maladie kystique du sein, ce n'est que plus tard, longtemps après le début de la lésion, que l'on voit apparaître les ganglions.

L'épithélioma du sein est un autre syndrome qu'il

faudra éliminer avant de porter le diagnostic de maladie kystique. Si on se souvient, en effet, des formes cliniques que nous avons rencontrées, et, en particulier, des kystes uniques, tout au moins cliniquement, on comprendra que le diagnostic pourra être parfois très malaisé. Quand on se trouvera en présence d'une grosse tumeur adhérente aux tissus interstitiels et à la peau, avec rétraction du mamelon et généralisation ganglionnaire, on n'hésitera pas, on se trouvera bien en présence d'un cancer et non d'un kyste de la mamelle.

Mais quand il faudra éliminer l'épithélioma deudritique dont l'évolution est plus lente, et dont les caractères malins sont beaucoup moins marqués, le clinicien pourra souvent être embarrassé. Reclus préconise à propos du diagnostic la ponction. C'est une méthode très douteuse ; outre le grand nombre de cas où l'on ne retire rien par la ponction, il faut encore signaler que les deux affections peuvent donner lieu à une sécrétion dont les caractères ne sont pas encore assez tranchés. Et c'est à d'autres symptômes cliniques qu'il faudra faire appel pour éclairer le diagnostic ; si nous avons affaire à une maladie kystique du sein, nous aurons devant nous une malade de 25, 30 à 35 ans, un peu jeune, par conséquent, pour avoir une tumeur maligne ; cette tumeur, elle-même, elle l'aura souvent remarquée longtemps avant de venir vous consulter, elle n'aura évolué que très lentement ou même pas du tout. A l'examen, elle vous offrira assez nettement ce caractère spécial d'être encapsulée, kystique ; enfin,

un signe négatif, sur lequel insistent Tuffier, Delbet, Kirmisson, c'est que dans la maladie kystique « l'écoulement par le mamelon n'est jamais de sang pur, mais d'une sérosité plus ou moins teintée. » L'écoulement de sérosité indique, en général, un processus chronique, plutôt d'allure bénigne — l'écoulement de sang indique, au contraire, un néoplasme épithélial, un épithéliome véritable, le plus souvent un épithéliome deudritique.

Ainsi, même en présence d'un « kyste cliniquement unique », on pourra par la clinique arriver à le distinguer d'un épithélioma et, en particulier, de l'épithélioma deudritique.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Le pronostic de la maladie kystique du sein n'a pas été plus fixé que son évolution, tant que l'on a méconnu sa nature. Au début, Reclus sur les assertions de Brissaud, croyant à un épithéliome, faisait un pronostic très réservé. Malassez tout en étant moins pessimiste que Reclus, lançait son « Méfiez-vous » devenu classique,

Puis vint une ère de réaction où la maladie kystique devint une affection inflammatoire, et le pronostic changea du tout au tout, il devint immédiatement bénin. Reclus, le premier, qui avait jusque-là opéré tous ses malades, cessa toute intervention.

La nature définitivement fixée de la maladie kystique, son évolution éclaircissent d'un jour nouveau le pronostic. Nous avons vu que beaucoup de maladies kystiques régressaient avec l'âge, que d'autres, au

contraire, subissaient une dégénérescence cancéreuse. Le clinicien restera donc perplexe quand il se trouvera en face d'une malade de ce genre, car rien ne lui permettra de pronostiquer l'évolution ou progressive ou régressive de la maladie. Et son opinion se résumera très bien dans le « Méfiez-vous » si expressif de Malassez, ou dans ces quelques paroles de Trélat qui disait : « En face d'une maladie kystique, nous devons réserver notre pronostic, observer le mal de près en le respectant jusqu'à plus ample informé, et si nous ne constatons aucun accroissement, aucun réel foyer de tumeur, aucune prolifération active, nous nous contenterons d'une thérapeutique négative. »

Le pronostic sera donc réservé, puisque dans son évolution se cache toujours le spectre d'une dégénérescence néoplasique.

Mais si la malade se décide à se faire opérer, les choses changent, le pronostic post-opératoire s'affirmant très bon sans nul doute. Nous n'avons pas pu établir de statistiques probantes : vu le nombre limité de malades qu'il nous a été donné de suivre ; nous avons été témoin d'un seul cas de récurrence cancéreuse, mais déjà au moment de la première intervention, l'examen histologique nous avait révélé au niveau de l'une des tumeurs la dégénérescence néoplasique.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement de la maladie kystique du sein a passé par diverses phases depuis 1883, et cela se comprend, car on a été longtemps avant d'être fixé sur la nature et, en conséquence, sur l'évolution de l'affection.

Dès le début, Brissaud qui eut à se prononcer sur la nature des tumeurs ayant conclu à un épithélioma, on se décida à opérer toutes les maladies kystiques du sein qui devenaient justiciables du même traitement que le cancer. Mais, quelque temps après, apparut une ère de réaction avec P. Delbet, Quénu, Richelot, qui, mettant la maladie kystique du sein au même rang que les mastites chroniques, décidèrent de lui appliquer le même traitement. C'est alors qu'on traita les mamelles atteintes par la

compression ouatée, par les injections modificatrices, par l'ignipuncture.

Dans ces derniers temps, la maladie kystique du sein, grâce à de nombreux travaux, ayant pris définitivement sa place au milieu des tumeurs du sein, bénignes naturellement, a été, en raison de la possibilité de son évolution maligne, étroitement surveillée par les chirurgiens. La plupart d'entre eux, avertis par leur expérience et par une expectative trop souvent déçue, reconnaissent la maladie kystique du sein comme justiciable de l'intervention. Les Américains sont absolus à cet égard ; aussi, dans une discussion à l'Académie de médecine de Philadelphie, tombaient-ils tous à peu près d'accord pour conclure à la nécessité d'une opération radicale. Taylor, sur 26 cas qu'il présente, ajoute que 13 présentaient lors de l'opération une dégénérescence cancéreuse ; aussi est-il d'avis d'intervenir dans l'immense majorité des cas comme s'il s'agissait d'un cancer.

Deaver est plus affirmatif encore ; toute femme ayant une tumeur kystique du sein est justiciable d'une opération immédiate. De même, Rodmann pour qui tout kyste du sein est une tumeur maligne en puissance ; Halsted va même un peu trop loin, cherchant à démontrer que le kyste à parois minces et à contenu clair pouvait être des plus dangereux.

En France, Reclus est toujours partisan de l'abstention opératoire et, en 1914, dans un article de la *Presse médicale*, il écrit : « Quand le diagnostic de maladie kystique a été porté, bien entendu, je ne parle pas d'excérèse même totale de la glande, mais

je repousse aussi les interventions partielles telles qu'on les pratique parfois en France, soit pour rassurer les malades, soit pour faire disparaître la douleur » ; et plus loin il ajoute : « La ponction exploratrice qui doit toujours être pratiquée suffira pour éclairer le diagnostic et rassurer la patiente, car cette affection est essentiellement bénigne ; dans des cas infiniment rares, elle a pu coexister avec le cancer, mais elle ne l'a jamais engendré. Aussi doit-on s'abstenir de toute intervention sanglante. »

Nous sommes loin de partager l'avis de Reclus à ce sujet ; nous avons assez démontré, avec beaucoup d'autres d'ailleurs, le danger que court la malade porteuse d'une maladie kystique.

De la tumeur bénigne à la tumeur maligne, il n'y a qu'un pas, et, il n'est franchi, hélas ! que trop souvent, Aussi le chirurgien devra-t-il avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de cette évolution néoplasique et baser sa conduite sur cette donnée. Sa malade, atteinte de maladie kystique, devra être surveillée, et quand on verra les tumeurs augmenter de volume, se multiplier, s'accompagner de ganglions, il faudra sans tarder recourir à une opération radicale. Certains chirurgiens, encore abstentionnistes, se contentent d'appliquer aux malades d'autres méthodes de traitement dont nous dirons quelques mots.

La compression ouatée a été appliquée pendant quelque temps et certains auteurs ont signalé d'heureux résultats avec ce traitement, ajoutant que les noyaux fondent en quelque temps sous l'influence

de la compression ; on comprend mal cette régression quand on songe que la maladie kystique est une tumeur.

Les injections modificatrices à l'iodure de potassium ou à l'arsenic ont paru avoir quelque succès. Verneuil, au début, cite le cas d'une jeune fille qui a complètement guéri par la compression et l'arsenic.

Nous comprenons mal l'influence des injections modificatrices qui sont d'ailleurs abandonnées.

Comme elles étaient pratiquées pour les mammites chroniques et que longtemps la séparation clinique ne fut pas très nette, l'interprétation de ces résultats ne peut être que réservée.

La cautérisation qu'à un moment donné, en 1900, préconisa Quénu, semble être également d'un très heureux emploi dans la mastite chronique, tandis que dans la maladie kystique, elle ne doit donner aucun résultat.

La ponction que l'on a érigée au type d'une méthode, « *la méthode de Mac Graw* », est surtout recommandée en France par Reclus. « L'abstention pure et simple, dit-il, m'a toujours semblé le meilleur des traitements, et la ponction exploratrice qui éclaire le diagnostic, soulage en même temps les tumeurs trop tendues ». La ponction est un procédé trop incomplet et trop douteux pour espérer produire une régression quelconque sur ces petites tumeurs ; on peut tout au plus la placer au rang des procédés palliatifs. Nous dirons la même chose de la radiothérapie, appliquée par certains chirurgiens pour rassurer les malades, mais dont les résultats sont encore loin d'être probants.

Sans partager l'exclusivisme des chirurgiens d'Outre-Océan qui font justice d'une maladie kystique du sein aussi rapidement que d'un cancer, nous sommes d'avis qu'il faut opérer sans trop de retard les malades porteurs de cette affection.

Quelle est l'opération à pratiquer ? L'intervention rêvée devrait satisfaire autant que possible les deux facteurs suivants : être radicale, c'est-à-dire enlever toute la partie du sein criblée de tumeurs kystiques, et, d'autre part, être esthétique, car, ne l'oublions pas, nous aurons affaire très souvent à de jeunes femmes de 30 ans environ, quelquefois plus jeunes encore, systématiquement opposées à toute intervention qui déformera la symétrie de leur poitrine. Ces deux facteurs sont difficiles à concilier.

Soucieux au plus haut point de la question d'esthétique, Morestin, en 1902, préconisa d'aborder les tumeurs bénignes du sein *par la voie axillaire*.

Il pratiquait une incision de 4 ou 5 centimètres dans l'aisselle, puis disséquant le tissu adipeux profond de la région thoracique, tout contre le grand pectoral, il abordait la tumeur par la face profonde.

Il la saisissait alors avec une pince à griffes, et, autant qu'il le pouvait, il l'énucléait du tissu environnant. Après cette intervention, la cicatrice était toujours dissimulée de telle façon « qu'elle restait ignorée, si l'intéressée le voulait, et pouvait être graduellement oubliée par elle-même ».

Le procédé de Morestin, très original, a été cependant très critiqué. C'est, en effet, un procédé aveugle ; le chirurgien n'a plus le contrôle de ses yeux

au moment où il enlève la tumeur, il dilacère les tissus un peu à l'avenant, ce qu'il faut toujours éviter.

D'autre part, il ne peut s'appliquer qu'à des tumeurs encapsulées, solides, et non aux formations kystiques qui n'offrent pas de résistance, et se laisseraient dilacérer sous les mors d'une pince. D'ailleurs Morestin lui-même quelque temps après répétait lors de la présentation de ses malades que la technique qu'il propose ne doit être employée qu'exceptionnellement, qu'elle n'est de mise que chez certaines malades pour lesquelles « la jeunesse et la beauté des formes créent une situation privilégiée. »

Nous rejetterons donc le procédé de l'incision axillaire et nous nous rattacherons au *procédé de l'incision sous-mammaire*.

1^{er} temps : on fait dans le sillon pectoro-mammaire une incision curviligne épousant exactement la courbe du sein. Cette incision est poursuivie profondément jusque dans le tissu sous-mammaire. On décolle progressivement ce tissu assez loin sur la face profonde de la mamelle.

2^e temps : on fait faire un mouvement de bascule vers le haut à la glande complètement libérée du grand pectoral. Il ne reste plus maintenant qu'à décoller la glande de ses adhérences superficielles.

3^e temps : On rabat la peau vers la partie inférieure et on pratique la suture.

L'intervention est de cette façon très radicale, puisqu'elle supprime complètement la glande mammaire, et, d'autre part, elle est esthétique, car la

ligne d'incision sous-mammaire donne lieu à une cicatrice rapidement masquée par le tissu adipeux et la peau qui la surplombent.

Comme disait Guinard, « la voie sous-mammaire est excellente à tous points de vue, pour les tumeurs volumineuses et pour les tumeurs kystiques du sein, alors que l'incision axillaire doit être réservée aux adénomes de petite dimension. »

Résultats éloignés. — Les résultats éloignés de l'intervention pour maladie kystique du sein sont favorables à ce mode de traitement. Quand la malade a été opérée dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avant que les tumeurs aient pris une allure maligne, aucune récurrence cancéreuse ne semble à craindre.

Sur une trentaine de malades que nous avons vu opérer sous nos yeux par M. le Professeur Jaboulay, nous avons été témoin d'une seule récurrence cancéreuse (observation X) ; mais, dans ce cas, l'examen histologique nous avait révélé, au moment de la première intervention au niveau de l'une des tumeurs, une dégénérescence néoplasique très nette.

CONCLUSIONS.

I. — La maladie kystique du sein constitue une entité morbide nettement définie, avec sa triade clinique : abondance des kystes, diffusion des kystes et bilatéralité. Elle peut s'accompagner quelquefois de symptômes accessoires, tels que la douleur, les ganglions, les écoulements séreux.

Mais la maladie kystique ne se présente pas toujours sous un type aussi net, et peut revêtir d'autres formes cliniques. Elle peut se présenter sous forme de « kystes cliniquement uniques » et sous forme de « kystes unilatéraux. »

II. — L'évolution clinique de la maladie a été l'objet de nombreuses discussions, tant qu'on ne fut pas fixé sur sa nature. Certains auteurs la rangeaient parmi les inflammations chroniques destinées à regressed; d'autres, au contraire, parmi les tumeurs malignes. Aujourd'hui, il n'y a plus de doute, la maladie

kystique est une tumeur bénigne, mais son évolution sera-t-elle également bénigne ? Beaucoup de maladies kystiques restent stationnaires ou régressent avec l'âge, mais d'autres, au contraire, évoluent et dégénèrent en cancer. Deux catégories de faits sont là pour prouver ce dernier point : dans certains cas qu'on a vu librement évoluer, les tumeurs prennent nettement une allure néoplasique, et dans une seconde catégorie de cas qu'on a opérés mais tardivement, on voit se produire au même niveau une récurrence cancéreuse.

III. — La fixité des symptômes de la maladie kystique du sein rend son diagnostic assez facile. Cependant elle peut être confondue quelquefois avec deux autres affections : la mastite chronique, et l'épithélioma deudritique.

La mastite chronique s'en distingue par son étiologie, ses douleurs et la rapidité de son évolution ; l'épithélioma deudritique, au contraire, par l'âge des sujets, les caractères de la tumeur et la présence constante de ganglions.

IV. — Le pronostic sera réservé ; quoique l'évolution bénigne soit beaucoup plus fréquente, la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse nous oblige à faire quelques réserves.

V. — L'évolution commande le traitement. La dégénérescence cancéreuse étant à craindre, il faudra surveiller attentivement les malades et opérer. La plupart des chirurgiens se rangent à cette der-

nière conduite ; quoique certains encore préconisent des moyens palliatifs, tels que la ponction.

L'intervention sera, autant que possible, radicale et esthétique. La glande, abordée par une incision sous-mammaire, sera retournée par un mouvement de bascule et enlevée dans toute son étendue.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Novembre 1913.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BESANÇON et BROCA. — Maladie kystique de la mamelle. *Bulletin de la Société Anatomique* de 1886.
- BRISSAUD. — Anatomie pathologique de la maladie kystique. *Archives de Physiologie*, 1884.
- CADIAT. — Anatomie normale et tumeur du sein. Thèse de Paris, 1876.
- CORNIL et RANVIER. — Traité d'histologie pathologique.
- COYNE. — Tumeurs kystiques de la mamelle.
- COYNE et LABBÉ. — Traité des tumeurs bénignes du sein.
- DELBET (Pierre). — Traité de Chirurgie.
— Maladie kystique et mastite chronique. *Bulletin de la Société anatomique*, 1893.
- DEMOULIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1903.
- ELLIS. — *Annales of surgery*, 1703.
- GREENOUGH et HARTWELL. — *Journ. of medical rescarcher*, 1903.
- JABOULAY. — Cliniques chirurgicales. *Lyon chirurgical*, 1913.
- KONIG. — Traité de Chirurgie.
— Mastitis chronica cystica. *Centralblatt für Chirurgie*, 1893.
- MÉDAN. — Thèse Toulouse, 1912.

MÉNÉTRIER. — *Bulletin de la Société médicale*, 1906.

MORESTIN. — *Presse Médicale*, 1902.

QUÉNU. — Maladie kystique, histologie. *Bulletin Société de Chirurgie*, 1888.

— Traitement des kystes multiples, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900.

RECLUS. — De la maladie kystique des mamelles. *Revue de Chirurgie*, 1883 ; *Bulletin de la Société Anatomique*, 1883 ; *Gazette des Hôpitaux*, 1887 ; *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1888 ; *Semaine Médicale*, 1893 ; *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1900 ; *Presse Médicale*, 1911 ; Cliniques chirurgicales.

RICHELOT. — Tumeurs kystiques de la mamelle. Thèse d'agrégation, 1878.

SCHIMMELBRUCH. — Cystoadeuom der Mamma. *Arch. für Klin. Chir.*, 1896.

SCHONSTEDT. — Ueber gsten der weibl. mamma. Inaug. Dir. Rostock, 1894.

THÉVENOT ET ALAMARTINE. — *Province Médicale*, 1908.

TILLAUX. — *Médecine Moderne*, 1893. Cliniques chirurgicales.

TOUTET. — *Semaine Médicale*, 1890.

VELPEAU. — Traité des maladies du sein.

WALTHER. — Kystes de la mamelle. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE.	11
CHAPITRE PREMIER. — Symptomatologie.	15
CHAPITRE II. — Evolution clinique	33
CHAPITRE III. — Diagnostic.	59
CHAPITRE IV. — Pronostic.	63
CHAPITRE V. — Traitement	64
CONCLUSION.	72
BIBLIOGRAPHIE.	75

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN.
